

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-606424

6 Soit

Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 5855		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : CHOUKAILI Me Azzedine		
Date de naissance : 16 07 1953		
Adresse : 23 Rue Acalim, Quartier Boujraf, Mont Soltane bl 4		
Tél. : 06 61 60 76 66 Total des frais engagés : 210 + 71940 + 18920 / 116860 Dhs		

Autorisation CIN : A-21137/2019	Cadre réservé au Médecin
	Cachet du médecin :
Date de consultation : 08/04/2021	Nom et prénom du malade : Age : 55 MARS 2021
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	Nature de la maladie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données à caractère personnel.
Fait à : 08/04/2021
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
08/04/10/11			130	130
11/04/10/11	Glob G		130	130

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NATIONALE	21/02/21	719,40

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABO Socrate	09/02/2021	Bx/B0 + PC/15	199,90 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

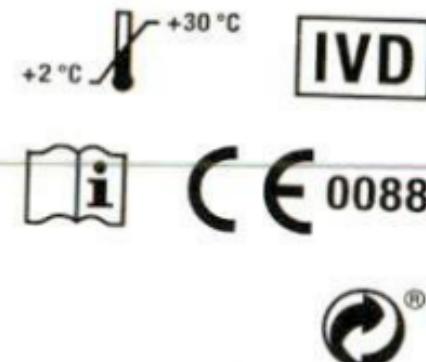
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ACCU-CHEK®

Active

Blood glucose monitoring system
Système de surveillance de la glycémie
نظام قياس مستوى السكر في الدم



ACCU-CHEK and SOFTCLIX are trademarks of Roche.
The USB-IF Logos are trademarks of
Universal Serial Bus Implementers Forum, Inc.

 Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofen Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-check.com

Made in Germany

PPC : 195,00 Dhs

Roche و SOFTCLIX هما علامتان تجاريتان تملكتهما
الشعارات USB-IF هي علامات تجارية من
.Universal Serial Bus Implementers Forum, Inc.

روش دیابتیس کیر جی آم بی اتش
شارع ساندھوفر ١١٦
٦٨٣٥ مانهایم، المانيا
www.accu-check.com

صنع في المانيا

ATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

sidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –

CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biogiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 210000682

CASABLANCA le 12-02-2021

Mr Azzedine Mohamed CHOUKAILI

Demande N° 210209A013

Numéro de l'adhérent : null

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 09-02-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 199.20DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre–vingt–dix–neuf dirhams vingt centimes





Pharmacie NARJIS

SKALLI ZAKIA

FACTURE

Page :1

N° FACTURE :418409

Date :12/02/2021

Client :

CHOUKAILI AZZEDINE MOHAMED

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
ACCU-CHEK / 25 BANDELETES	3	135.00	405.00
ACCU-CHEK APAREIL	1	195.00	195.00

Total TTC = 600.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : SIX CENT- DIRHAMS

Bon rétablissement

patente 35803244

CNSS 1129908

identifiant fiscal 40900380

Docteur Otman TAZI

**Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques**

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

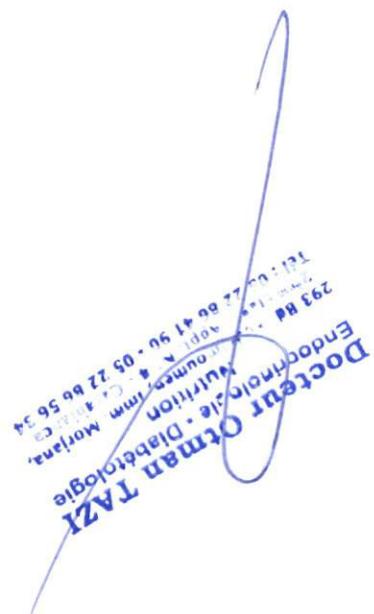
Holter Glycémique

Casablanca le, 08/02/2021

Mr CHOUKAILI Azzedine Mohamed

Glycémie à jeun

HbA1c



Code Patient : 150326A028
Date de l'examen : 09-02-2021

Saisie le 09-02-2021 09:59

Mr Azzedine Mohamed CHOUKAILI
Réf : 210209A013
Prescription : Dr othman tazi

BIOCHIMIE SANGUINE

		01-10-2020
Glycémie à jeun (Hexokinase G6PD-H)	1.62 g/L 8.99 mmol/L	(0.80-1.10) (4.44-6.11)
HbA1c (G8 Tosoh)	7.2 %	(4.0-6.0) 8.1

مختبر التحاليل الطبية سocrate
laboratoire de biologie médicale Socrate

Dr Abdellatif LOUDGHIRI
Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4, 20 000 Casablanca
Tél 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax 05 22 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma - Patente 35807802

Page 1 sur 1